

## **«ПОСЛЕРОДОВАЯ» ГИПЕРТЕНЗИЯ - МАРКЕР МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

*Надиршвили Т.Д.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

Сегодня общепринятым является термин «метаболический синдром», который широко используется во всем мире. В 2004 г. Всероссийским научным обществом кардиологов (ВНОК) приняты критерии диагностики метаболического синдрома, которые соответствуют критериям Национальной образовательной программы США по холестерину (2001). Согласно этим критериям, основанием для постановки диагноза «метаболический синдром» является наличие трех или более из пяти ниже перечисленных компонентов:

- абдоминальное ожирение - окружность талии (ОТ) > 102/88 см (мужчины/женщины);
- высокий уровень триглицеридов: > 150 мг/дл (1,69 ммоль/л);
- низкий уровень холестерина ЛПВП: < 39/50 мг/дл (мужчины/женщины) (1,04/1,29 ммоль/л);
- АГ > 130 и/или 85 мм рт. ст.;
- уровень глюкозы в плазме > 110 мг/дл (6,1 ммоль/л).

Несколько отличные критерии диагностики метаболического синдрома приняты ВОЗ (1988) и Международной федерацией по диабету (2005).

### ***Критерии Международной федерации по диабету:***

абдоминальное ожирение и не менее двух критериев из следующих:

1. гипергликемия натощак;
2. АГ;
3. повышение уровня триглицеридов;
4. снижение холестерина ЛПВП.

### ***Критерии ВОЗ:***

инсулинорезистентность или гипергликемия и не менее двух критериев из следующих:

1. абдоминальное ожирение;
2. АГ;

3. повышение уровня триглицеридов;
4. снижение холестерина ЛПВП;
5. микроальбуминурия.

В соответствии с решением Согласительной группы Международной федерации по диабету наиболее актуальными аспектами метаболического синдрома, требующими дальнейшего изучения, являются:

- этиология метаболического синдрома;
- связь артериального давления (АД) с другими компонентами метаболического синдрома;
- связь различных сочетаний компонентов метаболического синдрома с исходами сердечно-сосудистых заболеваний;
- влияние коррекции компонентов метаболического синдрома на риск развития сердечно-сосудистых заболеваний;
- поиск способов повышения эффективности выявления больных высокого риска с метаболическим синдромом в разных популяциях. Многочисленные научные изыскания последних лет показывают, что моментом «запуска» метаболического синдрома у женщин может являться период беременности.

В настоящее время нерешенным является основной вопрос, что же первично во время беременности - инсулинорезистентность или АГ? Известно, что гиперинсулинемия повышает активность симпатoadреналовой системы, приводит к увеличению реабсорбции натрия и воды в проксимальных канальцах почек, способствует пролиферации гладкомышечных клеток сосудов, блокирует активность Na-K-АТФазы и Ca-Mg-АТФазы, увеличивая внутриклеточное содержание  $\text{Na}^+$  и  $\text{Ca}^{++}$ , повышая чувствительность сосудов к вазоконстрикторам. Все эти факторы приводят к развитию АГ.

Компоненты метаболического синдрома играют важную роль в развитии осложнений беременности, которые, в свою очередь, вероятно, оказывают воздействие на дальнейший прогноз сердечно-сосудистых заболеваний как у матери, так и у ребенка. Накоплены данные, позволяющие предполагать, что женщины, имеющие в анамнезе осложнения беременности (преэклампсию, гестационный диабет, АГ и др.), являются группой риска развития в дальнейшем кардиоваскулярной патологии и сахарного диабета, т. е. беременность может рассматриваться как стресс-тест, предсказывающий здоровье женщины в последующей жизни (D. Williams, 2003).

В ряде зарубежных исследований выявлено достоверное повышение риска развития АГ у женщин с преэклампсией в анамнезе Jonsdottir и соавторы проанализировали причины смерти 374 женщин, имевших гипертензивные осложнения во время беременности, и выяснили, что уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний у этих женщин достоверно (в 1,4 раза) выше, чем в популяции в целом. Кроме того, выявлено, что смертность от сердечнососудистых заболеваний у женщин с эклампсией и преэклампсией в анамнезе в 1,9 раза выше по сравнению с женщинами, имевшими повышение АД без протеинурии во время беременности V. A. Rodie и соавторы (2004) установили, что осложнения беременности, особенно преэклампсия и хроническая внутриутробная гипотрофия плода, повышают в дальнейшем риск развития у женщин кардиоваскулярных расстройств.

**Цель исследования** – изучить статистическую зависимость возникновения сердечно-сосудистой патологии у женщин перенесших гестоз.

**Материалы и методы.** Проспективное наблюдение 1300 нерожавших женщин с 2000 по 2007 г. с формированием 100 пар «случай-контроль»

**Результаты и обсуждение.** Наблюдением в период беременности и в течение 6-7 после родов выявлено, что в группе с АГ во время беременности риск метаболического синдрома в 3 - 5 раз выше, чем в группе без АГ.

Очевидно, синдром АГ во время беременности может рассматриваться как независимый фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний и, возможно, как фактор формирования метаболических нарушений. Соответственно, женщины с синдромом АГ во время беременности требуют пристального врачебного наблюдения не только во время беременности, но и после родов. К сожалению, очень часто после родов женщины, в силу своей занятости, обращают мало внимания на свое здоровье и не обращаются к врачу. Однако на сегодняшний день доказано, что чем раньше начато лечение АГ, сохраняющейся после родов, тем благоприятнее прогноз. Поэтому необходимо активно мониторировать состояние сердечно-сосудистой системы после родов у женщин с синдромом АГ во время беременности и при сохраняющейся АГ проводить соответствующее лечение.

Лекарственные средства, используемые для лечения АГ, можно разделить на три группы с точки зрения их влияния на течение метаболического синдрома:

- обладающие метаболически позитивным действием (ингибиторы АПФ, селективные аденоблокаторы, антагонисты рецепторов ангиотензина II, агонисты имидазолиновых рецепторов);
- обладающие метаболически нейтральным действием (антагонисты Са пролонгированного действия, высокоселективные аденоблокаторы, тиазидоподобные диуретики);
- обладающие метаболически негативным действием (неселективные  $\beta$ -аденоблокаторы, тиазидные диуретики)

Безусловно, при выборе оптимального препарата для коррекции АГ, сохраняющейся после родов, предпочтение должно отдаваться препаратам, оказывающим метаболически позитивное действие.

Выбор конкретного препарата внутри группы необходимо осуществлять с учетом его доступности в текущий момент и стоимости. Длительность лечения определяется индивидуально и зависит от динамики АД, чаще всего необходимо продолжительное лечение.

#### **Выводы.**

1. Беременность с АГ и метаболическими нарушениями является фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний в последующем.

2. Сведений, доступных на сегодняшний день, недостаточно для полного понимания степени влияния метаболического синдрома, дебютировавшего во время беременности, на отдаленный прогноз.

3. Необходимо акцентировать внимание врачей и пациентов на важности наиболее ранней коррекции гемодинамических и метаболических нарушений во время беременности и после родов.

**Литература:**

1. Сохраняющаяся после родов артериальная гипертензия как компонент метаболического синдрома // Лечащий врач. – 2007. - № 3. - С 19-21.